

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



L'evoluzione dell'assistenza sanitaria in Italia.

La prima riforma della sanità in Italia si deve alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, detta legge Crispi, che qualificava l'assistenza sanitaria come attività di pubblico interesse, quantomeno in merito al soccorso nei confronti delle persone indigenti.

Legge 17 luglio 1890, n. 6972 *“Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”* Gazzetta Ufficiale 22 luglio 1890, n. 171



L'art. 32 della Costituzione riconosce il diritto alla salute quale diritto primario e assoluto

Articolo 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Un nuovo concetto di salute

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), costituita nel 1948, pone quale obiettivo "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute",

definita come

"uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

Nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità
cui furono attribuite tutte le competenze in
materia di salute pubblica.

un importante momento è rappresentato dalla riforma ospedaliera, attuata con la legge 12 febbraio 1968 n. 132, che aveva lo scopo di giungere alla costituzione dei nuovi enti ospedalieri in sostituzione delle IPAB

Legge 12 febbraio 1968, n. 132 *“Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera”* Gazzetta Ufficiale n. 68 del 12 marzo 1968



Ma solo nel 1978, con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, avviene il superamento del sistema organizzativo incentrato sull'erogazione dell'assistenza a categorie di soggetti da parte degli enti mutualistici

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*" Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978 - Suppl. Ordinario

la legge 23 dicembre 1978, n. 833, al terzo comma dell'art. 1, afferma:

“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

Cosa c'era in Italia prima del 23 dicembre 1978?

- ❑ Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
 - Dipendenti (INAM, ENPAS, INDADEL, ENPDEP)
 - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolari, ...)
- ❑ Settore pubblico
 - Prevenzione
 - Poveri
 - Salute mentale
- ❑ Caratteristiche
 - Copertura non totale (circa 90% e 5 milioni di cittadini non coperti)
 - Redistribuzione minima
 - Copertura rischi parziale

Legge 23 dicembre 1978, n. 833



"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

(Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360)

- Lo Stato finanzia e gestisce i servizi sanitari (integrazione verticale)
- Il finanziamento avviene per quota capitaria pura, correlata al numero di cittadini da assistere
- Il SSN, nell'ambito delle sue competenze, persegue il ***superamento degli squilibri territoriali*** nelle condizioni socio-economiche del Paese
- Il principio è di dare a ognuno la stessa cosa a prescindere dalle differenze, secondo il principio prevalente *dell'equità orizzontale*

La normativa di riordino: il processo di regionalizzazione e aziendalizzazione

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502



La nuova riforma della sanità pubblica avviene con l'emanazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 che:

conferma

i valori di fondo della precedente legge 833/1978

ma

introduce profonde innovazioni in ordine ai metodi ed agli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema sanitario nazionale in un'ottica di aziendalizzazione delle strutture

con

criteri di efficacia, efficienza ed economicità per il miglioramento dei servizi e contestuale contenimento della spesa sanitaria.

- personalità giuridica pubblica
- autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile
- gestione affidata ad un Direttore generale nominato dalla Regione di riferimento
- contabilità economico-patrimoniale e della contabilità analitica per centri di costo

- possibilità da parte dell'utente di curarsi presso strutture private accreditate dalla Regione
- partecipazione del cittadino

assume centralità lo strumento della programmazione sanitaria

ulteriormente articolato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, la cosiddetta riforma sanitaria “ter”.

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*. (Gazzetta Ufficiale n.165 del 16 luglio 1999 - Suppl. Ordinario n. 132)

L'evoluzione normativa

- **Legge 833/78**

- livelli (genericamente) *uniformi* di assistenza e *di salute*
 - obiettivo: superare disomogeneità del sistema mutualistico

- **D.Lgs. 502/92**

- livelli *uniformi* di assistenza definiti (...) *in coerenza con l'entità del finanziamento* assicurato al Ssn

- **D. Lgs. 229/99**

- Definisce i livelli *essenziali* da fissarsi in modo *contestuale* al volume di risorse
- ribadisce impostazione universalistica seppur con approccio maggiormente consapevole della necessità di rispettare compatibilità macroeconomiche rispetto 833/78.

La riforma del Titolo V della Costituzione: il riparto di competenze tra Stato e Regioni.



Il Titolo V parte seconda della Costituzione (articoli da 114 al 133) regola i rapporti tra lo Stato e gli enti locali (Regioni, Città metropolitane e Comuni). Le disposizioni del Testo costituzionale sono state introdotte con Legge Costituzionale n. 3/2001

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 *Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001

Stato, Regioni ed Autonomie locali non sono più in rapporto gerarchico tra loro ma in rapporto di sostanziale pariordinazione.

Razionalizzazione della spesa sanitaria tra erogabilità e appropriatezza - I livelli essenziali di assistenza



Il Decreto legislativo 502/1992, all'art. 1, definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

I LEA

- Definiscono le garanzie (prestazioni/ servizi) che il sistema sanitario offre ai cittadini
 - Criteri
 - necessità: criterio “etico”, richiede che obiettivo della prestazione sia *socialmente* condiviso
 - efficacia clinica: criterio empirico
 - appropriatezza: da valutare caso per caso
 - economicità
- Pensati con il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di rappresentare il principio fondamentale dell’universalismo assoluto
- Questi ultimi due obiettivi sono in evidente conflitto fra loro

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera

MONITORAGGIO

- Indicatori
- adempimenti di tipo informativo nei confronti del Ministero (flussi informativi)



ASPETTI SOCIOSANITARI

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**"

ha attuato la riforma dell'assistenza sociale ridefinendo il profilo e il ruolo delle politiche sociali attraverso disposizioni fortemente innovative, intervenute dopo quasi cento anni dalla legge Crispi del 1890 che rappresentava la disciplina di riferimento per l'assistenza sociale.

Obiettivi:

- Promuovere il benessere della comunità attraverso un sistema di welfare
- Rafforzamento del ruolo dell'Ente Locale (Piano di Zona)
- Revisione del ruolo degli Operatori del settore sociosanitario

Le funzioni di osservazione dei fenomeni sociali, di erogazione delle prestazioni, di consulenza e aiuto professionale si configurano come livello essenziale da erogare, con la previsione, inoltre che i servizi e gli interventi vadano organizzati su progetti e processi e non più su procedimenti ed atti.



FONTI DEL DIRITTO

1. Costituzione e leggi costituzionali
2. regolamenti comunitari
3. leggi ordinarie e altri atti con forza di legge
4. leggi regionali
5. regolamenti
6. usi



ACCREDITAMENTO

Attraverso la procedura di accreditamento un organismo autorevole concede il riconoscimento formale ad una struttura o ad una persona affinché siano competenti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.



- certificazione
- accreditamento all'eccellenza
- accreditamento di tipo
governativo/istituzionale
- accreditamento professionale



PROCESSO DI ACCREDITAMENTO

- Istruttoria amministrativa: verifica completezza della domanda, verifica della compatibilità con la programmazione regionale, verifica del possesso delle autorizzazioni, etc.).
- Istruttoria tecnica: verifica del possesso dei requisiti di accreditamento.
- Adozione da parte della Regione del provvedimento conclusivo di accreditamento.

La fase del processo che riguarda l'istruttoria tecnica è affidata all'Organismo Tecnicamente Accreditante Azienda Regionale per il Coordinamento della Salute

<https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/organismo-tecnicamente-accreditante/>

A fronte della domanda di accreditamento, il provvedimento rilasciato può essere:

ACCREDITAMENTO A PIENO TITOLO

conformità a tutti i requisiti, essenziali e non essenziali

ACCREDITAMENTO CON RISERVA

conformità ai requisiti essenziali, non conformità ad uno o più requisiti non essenziali

TERMINI DI ADEGUAMENTO

per i requisiti tecnologici: fino a tre anni

per i requisiti organizzativi: fino ad un anno

NON ACCREDITABILITA'

NON conformità ad uno o più requisiti essenziali



DGR 1436/2011

- **REQUISITI GENERALI**
- **REQUISITI SPECIFICI – STRUTTURE AMBULATORIALI**
- **Governo clinico e sicurezza delle cure:** requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale.
- **Documentazione ambulatoriale:** requisiti relativi alla modalità di compilazione e gestione della documentazione ambulatoriale.
- **Organizzazione e realizzazione del servizio:** requisiti relativi all'accesso e alla prenotazione delle prestazioni sanitarie.